Przypadek rany postrzałowej nerki prawej.

Podał

Dr. Edward Zieliński

z Nowego Sącza.

Dnia 14. października, 1898 r. przywieziono ze Szczawnicy do szpitala w Nowym Sączu Maryę Słowik, lat 16 liczącą, wyznania rzym. kat., stanu wolnego. Ojciec jej podaje, że jeden z drużbów, strzelając podczas wesela w Szczawnicy na wiwat z rewolweru, wypalił tak nieszczęśliwie, że trafił swoją druchnę Maryę w prawą okolicę lędźwiową. Po strzale raniona upadła na ziemię i zemdlała. Strzał paść miał z odległości kilkunastu kroków, gdyż rana postrzałowa posiadała cechy rany powstałej od narzędzia tępego, podczas gdy rana postrzałowa z pobliża, jak wiadomo, ma inne cechy znamienne: najbliższe bowiem otoczenie jej jest zazwyczaj zwęglone, czarne; dalej znajduje się smuga czarna, pochodząca od sadzy, wreszcie smuga czarno kropkowana — od wbitych w skórę, a niespalonych jeszcze ziarn prochu.

Przywołany na miejsce wypadku Dr. Kołaczkowski, po założeniu odpowiedniego opatrunku antyseptycznego, zarządził odwiezienie chorej do szpitala w Nowym Sączu, gdzie ojciec chorej i ona sama zgodzili się na proponowany zabieg operacyjny.

Stan obecny: Dziewczyna wzrostu średniego i wątłej budowy ciała. Blade powłoki skórne świadczą o znacznym stopniu ostrej niedokrewności. Tętno drobne, miękie, nieco przyspieszone. Stan bezgorączkowy. Chora jest apatyczna i bardzo osłabiona, uskarża się na

znaczny ból w okolicy lędźwiowej prawej, przechodzący aż do brzucha oraz na ogólne osłabienie i mdłości, zupełnie jednak przytomna i zdaje sobie dokładnie ze wszystkiego sprawę. Badanie jamy brzusznej nie wykazuje nic takiego, coby przemawiało za obrażeniem trzew lub choćby podrażnieniem otrzewnej. Brak wzdęcia brzucha, bolesności wreszcie wymiotów, tylko przy silniejszym ucisku na okolicę prawą brzucha chora skarży się na ból.

W innych narządach nie znaleziono również nic nieprawidłowego, natomiast w skórze, w okolicy lędźwiowej prawej, na 10 ctm. od kręgosłupa a na 2 ctm. poniżej łuku, znajduje się ranka mała, okrągła, o brzegach nierównych, zeschłym skrzepem krwi pokryta. Cała okolica lędźwiowa nieco obrzękła i bolesna; zresztą żadnego innego obrażenia stwierdzić nie można. Ponieważ zaś z wywiadów było rzeczą znaną i pewną, że chora otrzymała postrzał, więc ten otwór był miejscem, przez które kula weszła. Brak drugiego otworu przemawiał za tem, że kula tkwi w ciele ranionej.

Mocz robi wrażenie krwi rozcieńczonej. Badanie drobnowidowe wykazuje, obok zwykłych składników, bardzo wielką ilość ciałek czerwonych i białych krwi.

Rozpoznanie w danym przypadku nie ulegało żadnej wątpliwości, że mamy do czynienia z raną postrzałową nerki prawej, a objawy coraz bardziej postępującej niedokrewności, jak mdłości, zawroty głowy, coraz większe osłabienie i coraz bledsze zabarwienie powłok skórnych, nagliły do zabiegu operacyjnego, wskazując na powolny, lecz stale się zwiększający upływ krwi. Tego więc samego dnia popołudniu przystąpiłem do operacyi przy pomocy Drów Ameisena i Płochockiego, którym na tem miejscu niech mi będzie wolno podziękować.

Cięcie skórne poprowadziłem od zewnętrznego brzegu mięśnia krzyżo-lędźwiowego (*m. sacro-lumbalis*) na jakie 8 ctm. od wyrostka ościstego na dolnym brzegu 11-go żebra, półkolisto na dół, mniej więcej do połowy odległości między dolnym brzegiem 12-go żebra a grzebieniem kości biodrowej. Od dolnego brzegu 12-go żebra szedłem warstwowo coraz głębiej; najpierw więc naciąłem dolny brzeg mięśnia szerokiego grzbietu (*m. latissimus dorsi*), następnie blaszkę zewnętrzną powięzi lędźwiowo-grzbietowej (*fascia lumbo-dorsalis*), potem, dla lepszego przystępu, odciągnąłem hakiem tępym zewnętrzny brzeg mięśnia krzyżo-lędźwiowego

w kierunku do kręgosłupa, a po nacięciu blaszki wewnętrznej powięzi lędźwiowo-grzbietowej, naciąłem poprzecznie m. czworokątny lędźwi (*mus. quadratus lumborum*), chwytając przytem szczypczykami pojedyncze naczynia krwawiące. Po nacięciu m. czworokątnego lędźwi, okazała się torebka tłuszczowa nerki krwią podbiegła. W tem miejscu przerwałem operacyę, aby uwolnić szczypczyki i podwiązać naczynia. Następnie na tępo oddzieliłem torebkę tłuszczową i teraz dokładnie mogłem zbadać istniejące stosunki. Okazało się, że około nerki znajduje się duża jama, wypełniona skrzepami krwi; skrzepów tych wydobyłem kilka garści, poczem pokazała się płynna krew; uwolniwszy nerkę z torebki, a zwłaszcza jej górny odcinek, który znajdował się pod łukiem żebrowym, wydobyłem ostrożnie nerkę na zewnątrz pola operacyjnego. Nerka na swym brzegu owalnym, mniej więcej w środku, posiadała otwór, z którego sączyła się krew; drugi otwór nieco większy znajdował się w miedniczce nerki, z którego wydobywała się krew znacznie silniej. Ponieważ nerka była tak przestrzelona, że miąższ jej w środku był zniszczony, prócz tego przypuszczałem uszkodzenie jednego z większych naczyń żylnych, nie tracąc więc czasu (gdyż krwawienie było dość znaczne) podzieliłem cały pakiet naczyń i moczowód na dwie części i podwiązałem silnym jedwabiem możliwie najniżej.

Następnie obciąłem nożyczkami krzywemi powierzchowne warstwy nerki, tuż przy miedniczce nerkowej, żeby podwiązka nie spełzła. Krwawienie po podwiązaniu ustało. Ranę jeszcze dokładniej oczyściłem ze skrzepów, a gdy się przekonałem, że otrzewna jest zupełnie nienaruszoną, przeszukałem jeszcze, czy nie natrafię gdzie na kulę, jednak jej nigdzie znaleść nie mogłem; utkwić musiała gdzieś przy kręgosłupie.

Mając na względzie, że chora, z powodu znacznego upływu krwi, była bardzo niedokrewna, bałem się przedłużać zbytnio uśpienia w celu wydobycia kuli i wytamponowałem ranę wyjałowioną gazą. Cięcie skórne od góry zwęziłem kilkoma szwami jedwabnymi i założyłem opatrunek antyseptyczny.

Jak wyżej wspomniałem, bałem się zesunięcia lub obluzowania się podwiązki, gdyż podwiązując w głębi, nie zawsze można dokładnie dociągnąć, dlatego, nieobcinając jedwabiu, wypuściłem go na zewnątrz rany, aby w razie krwawienia można było się nim oryentować, gdyż zostawiwszy

powierzchowne części nerki, do zupełnego spełznięcia jedwabiu przyjść niemogło.

Nerkę wyjętą zbadałem i przekonałem się, że miąższ jej w środku był z powodu postrzału tak znacznie zniszczony, że nerka podzieloną została na dwa odcinki: górny i dolny; ściany bowiem boczne przewodu postrzałowego były bardzo cienkie.

Stan pooperacyjny był następujący:

15. X. 1898. — Stan bezgorączkowy. Chora zupełnie spokojna i przytomna, nie skarży się na żadne boleści, tylko ma znaczne pragnienie.

16. X. 1898. Ciepłota rano 37·5 C. Zmiana opatrunku. Część setonu z gazy wyjałowionej wyjęto i obcięto, resztę zostawiono i założono opatrunek antyseptyczny. Wieczorem gorączka 38°C.

17. X. 1898. Ciepłota rano 37·7 C., wieczorem 39° C. Chora jednak spokojna i nie skarży się na żadne dolegliwości.

18. X. 1898. Rano ciepłota 37·5°C. Opatrunek przesiąkł wydzieliną, więc zmieniono go, nie wyjmując jeszcze zupełnie pierwotnego setonu. Z powodu biegunki podano makowiec.

19. X, 1898. Stan bezgorączkowy.

Zmiana opatrunku co trzeci dzień. Zaraz na drugi dzień po operacyi mocz się nieco wyjaśnił, zabarwienie krwawe utrzymywało się jednak przez 4 dni. Badanie drobnowidowe wykazywało coraz mniej składników krwi.

W 8 dni po operacyi oddzieliła się podwiązka z powierzchownemi częściami zgorzelinowemi nerki i miedniczki nerkowej. Odtąd wydzieliny coraz mniej, rana szybko wypełnia się ziarniną, opatrunki coraz rzadziej zmieniane. Stan ogólny poprawia się z dnia na dzień tak, że po dwóch tygodniach chora zaczęła siadać na łóżku; po upływie 4 tygodni już się przechadzała, a w dniu 1 grudnia 1898, a więc w 6 tygodni, jako zupełnie uleczona, z nieznacznym tylko stopniem niedokrewności opuściła szpital, udając się do Szczawnicy, swego miejsca zamieszkania.

Podobny przypadek więcej tylko zawikłany, który w dodatku zakończył się śmiercią, opisuje E. Payz (*Deutsche Zeitschrift für Chirur.* Bd. XLVIII): 22 letni mężczyzna, idąc w kierunku kliniki w Gracu, trafił na zbiegowisko i otrzymał postrzał z karabinu Manlichera małego kalibru. Oznaki groźnej niedokrewności z zapadem i ciągły krwotok z dużej rany, znajdującej się w okolicy lędźwiowej

lewej, zmuszały do dokładnego zbadania w uśpieniu chloroformowem. Po rozszerzeniu rany znaleziono odłamki kuli, które zniszczyły mięśnie, robiąc sztuczne w nich otwory, odstrzeloną część żebra, a wreszcie stwierdzono, że powodem krwotoku była zniszczona i na 2 części przedarta nerka, przedstawiająca 2 odcinki, mniejszy dolny i większy górny. Wyjęto nerkę, a ranę wytamponowano.

Pomimo, że chory chwilowo był bez tętna, przeżył jeszcze 5 dni, zmarł jednak na obustronne zapalenie płuc.

Payz podnosi, że polecana przez Küstera tamponada rany z utrzymaniem nerki w danym przypadku nie miała widoków powodzenia. Co również sądzę o przypadku przezemnie opisanym.

Zejście śmiertelne tłómaczy zapaleniem oskrzeli już dawniej istniejącem i zakażeniem bakteryami z jelita grubego, gdyż poprzecznica na wielkiej przestrzeni była uszkodzoną i krwią podbiegłą, nieodnosząc zejścia śmiertelnego do zakażenia, jakie mogło w danym przypadku powstać z samej rany.

Co się tyczy wskazań do operacyi w zranieniu nerki, to wyłuszczone są one w pracy Keena.

Keen (*Annals of surgery 1896 August*) rozporządzał materyałem 155 przypadków zranień nerki, które asystent jego, Dr. Spencer, zebrał mozolnie z piśmiennictwa od roku 1878. Sam autor ogranicza się na krótkiem omówieniu różnych rodzajów zranień, aby wskazówki lecznicze, przez te zranienia dostarczone, nieco obszerniej omówić. Przytem zwraca uwagę na 2 sprawy, mianowicie: 1) Rodzaj zranienia samej nerki jako takiej i 2) czy są obok zranienia samej nerki i inne uboczne zranienia.

Co się tyczy pierwszego punktu, bo ten nas tu głównie obchodzi, w zranieniach samej nerki rokowanie zależy przedewszystkiem od tego, jakie jej części i w jakim stopniu istota nerkowa trafioną została.

Zranienia substancyi korowej, mianowicie kłóte jej rany, okazują się dla leczenia jako najpomyślniejsze. Krwawienie w takich przypadkach bywa zwykle nieznaczne, tak

samo wydzielanie się moczu z rany jest małe. Także same zranienia miedniczek nerkowych, analogicznie do cięć, wykonywanych na miedniczkach nerkowych w celu wydalenia kamieni sposobem operacyjnym, dają dobre rokowanie.

W przeciwieństwie do tych, zranienia substancyi rdzennej, a mianowicie razem z nią większych naczyń nerki, czynią rokowanie poważniejszem, zwłaszcza rozdarcia nerki przez zadziałanie gwałtowne pocisków. Co się tyczy leczenia to autor jest zdania, że czynny zabieg operacyjny powinien być zawsze stósowany, a przynajmniej częściej niż dotychczas. Tylko w ranach kłótych leczenie zachowawcze może mieć miejsce. W innych razach należy ranę rozszerzyć i dojść aż do samej nerki. Następne zaś działanie zastósować według tego, jaki jest stan nerki i gdy naczynia nie są naruszone, a miąższ nie jest w znacznym stopniu zniszczony — to można narząd ten utrzymać, — gdyż rana goi się przez tamponadę nawet bez pozostawienia przetoki moczowej. — W przeciwnym razie należy nerkę wyjąć.

Można próbować zeszycia ran miedniczek nerkowych. Autor jest zdania, że stósowany w ten sposób zabieg operacyjny daje o wiele lepsze wyniki, niż wyczekiwanie i leczenie zachowawcze.

Ponieważ opisany przezemnie przypadek wyjęcia nerki miał miejsce u kobiety, pozwolę sobie zwrócić uwagę jeszcze na jeden szczegół, który podniósł Schramm (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1896, Nr. 6). Opisuje on szczegółowo przypadek operacyjny i przebieg porodu po upływie 3 lat u jednej pacyentki, u której z powodu puchliny nerkowej (*hydronephrosis*) wyjęto prawą nerkę. Ciąża, poród i połóg odbyły się stosunkowo zupełnie prawidłowo, chociaż począwszy od 5-go miesiąca znajdowała się dość znaczna ilość białka w moczu. Przy tem zwraca Schramm uwagę na tę okoliczność, że u kobiet, które nie mają jednej nerki, w razie ciąży grozi niebezpieczeństwo białkomoczu, przewlekłego zapalenia nerki, napadu drgawek.

Przy wskazaniach do operacyi nerek w ogólności po-

daje cenne wskazówki A. Obaliński (*Wiener med. Wochenschrift*, 1897, Nr. 6 i 7). Autor, opisując przypadki kamicy nerkowej, puchliny nerkowej zwykłej i ropnej (*hydropyonephrosis*), ropnego zapalenia przynerkowego (*paranephritis suppurativa*), gruźlicy nerek, nerki wędrującej; przy omawianiu wskazań do wyłuszczenia nerki powiada, że właściwie są tylko 2 wskazania, mianowicie, gdy przy powiększonej nerce napewno uczynić można rozpoznanie nowotworu złośliwego lub gruźlicy. W innych przypadkach skłonić się można do wyjęcia, gdy, po odsłonięciu nerki, daje się stwierdzić, że jest ona do swej funkcyi zupełnie niezdolną, albo że z powodu jej obecności wyniknąć może dla ustroju całego niebezpieczeństwo. W innych przypadkach przekładać trzeba nacięcie nerki (nefrotomię), nad wycięcie (nefrektomię). Do przeciwskazań nefrektomii Obaliński zalicza: brak już jednej nerki; gdy obie nerki zajęte są tą samą sprawą chorobową, lub gdzie istnieje doraźne niebezpieczeństwo dla życia z powodu ogólnego osłabienia ustroju albo złych warunków operacyjnych, np. zrostów torebkowych etc.

Następnie G. Perthes (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*) podaje zajmujący przegląd materyału klinicznego Trednelenburga w Bonn, mianowicie 22 przypadki operacyj nerkowych, z których 3 przypadki zakończyły się śmiercią, a więc 3·5°/₀ i to więcej z powodu wyniszczenia jeszcze przed operacyą, niż wskutek samego zabiegu. Materyał ten jest tem ciekawszy, że Trendelenburg w przeciwieństwie do większości chirurgów, posługiwał się prawie wyłącznie do operacyi nerki laparotomią i nie operował pozaotrzewnowo.

Zalety, jakie daje laparotomia, leżą, jak to już ze strony ginekologów, zwłaszcza Sängera, podniesiono, w technicznych i anatomicznych stosunkach. Mianowicie, przez otwarcie jamy brzusznej można wybadać dokładnie zdrową i chorą nerkę,—przegląd pola operacyjnego jest lepszy przy podwiązywaniu moczowodu i naczyń nerki. Im większy jest obrzęk nerki, tem większe daje korzyści ten sposób operowania. Nie ulega jednak wątpliwości, że laparotomia jest

zabiegiem operacyjnym niebezpieczniejszym i poważniejszym, niż cięcie w okolicy lędźwiowej. Wogóle otwieranie jamy brzusznej połączone jest zawsze z niebezpieczeństwem wstrząsu (shock), a wreszcie niezbędne przy wyjęciu nerki dwukrotne otwieranie jamy otrzewnowej jest zawsze zabiegiem bardzo poważnym, z którym się liczyć trzeba. Trendelenburg jest zdania, że tylko te przypadki, gdzie schorzała nerka przedstawia ognisko posoczne i gdzie wskutek operacyi drogą laparatomii może przyjść do zakażenia otrzewnej, zupełnie się do tego zabiegu nie nadają.

Co się tyczy techniki operacyjnej, to należy zauważyć, że dla małych rozmiarów powiększenia chorobowego nerki wystarcza cięcie podłużne po zewnętrznej stronie mięśnia prostego *(m. recti abdominis)* brzucha. Dla większych posłużyć może cięcie skośne tuż pod łukiem żebrowym, od dolnego końca linii pachowej przedniej począwszy, ku przodowi i na dół do wzgórka łonowego. Gdy się odsłoni okolicę guza, nacina się otrzewnę równolegle do jelita grubego. Większe guzy torbielowate pomniejsza sie przez nakłócie. Naczynia we wnęce nerki należy możliwie osobno podwiązać, — a również osobno podwiązany i czasem termokauterem przypalony koniec moczowodu zapuszcza się do rany.

Trendelenburg zwykle drenował ranę po wyjęciu nerki zapomocą gazy, która przebiegała poprzecznie przez jamę brzuszną i aby uniknąć zakażenia jodoformem, używał do tamponady gazy wyjałowionej. Co się tyczy leczenia puchliny nerkowej zwykłej i ropnej, oraz kamieni nerkowych, Trendelenburg przekładał zawsze wycięcie nerki nad jej nacięcie z tego powodu, że pozostała część nerki zdolna do funkcyi w tych razach zwykle jest tak małą, że się do zera da sprowadzić, a następnie, że po nacięciu nerki zwykle pozostają przetoki moczowe, które z reguły nie dają się zupełnie wyleczyć.

Perthes powiada: Nie bez racyi wycina się zdrową nerkę, aby chorego uwolnić od uciążliwej przetoki moczo-

wej, na co więc tworzyć sztuczne przetoki, aby zachować część nerki bardzo wątpliwej wartości.

W końcu pozwolę sobie przytoczyć jeszcze zestawienie przypadków operacyj nerek przez G. Lotheisena (*Langenbeck's Archiv. Bd. LII. H. 4)* z kliniki Billrotha obecnie Gussenbauera, od roku 1867 do 1895. Razem przypadków 55. Lotheisen nadmienia, że sposób operacyi Billrotha w pojedynczych szczegółach różnił się od sposobu operowania innych chirurgów; do podwiązek używano z dobrym skutkiem jedwabiu, a ranę drenowano. Z 55-ciu przypadków operowanych zmarło 25. Odsetek śmiertelności wynosił więc 45%. Zajmujący jest jeden przypadek, gdzie chory przez 36 godzin miał zatrzymanie moczu z powodu obrzęku jednej nerki. Jak niebezpiecznem może być wyłuszczenie nerki dowodzi przytoczony tu jeden przypadek, gdzie w drugiej nerce znajdowało się zapalenie miąższowe tak, że przypadek ten po operacyi zakończył się śmiercią.

U jednego znów chorego przy operacyi wyłuszczenia nerki — wyjęto wraz z nerką żyłę główną *(v. cava)*, którą wzięto za żyłę nerkową i podwiązano, wskutek czego po $1\frac{1}{2}$ godziny nastąpiło zejście śmiertelne.

Pozwoliłem sobie opisać powyższy przypadek raz dla tego, że rany postrzałowe nerki należą wogóle do przypadków rzadkich, jak to mogłem się przekonać z przeglądnięcia dostępnego mi piśmiennictwa, a powtóre, że chciałem choć w głównych zarysach podnieść pewne szczegóły i ważniejsze zapatrywania przy zranieniach i wogóle sprawach chorobowych nerek, leczonych sposobem operacyjnym.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ Nr. 39 i 40 1899.

Kraków 1899 – Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Józefa Filipowskiego.